

相談員になった人が、支援センターの考え方が理解できない」。以上の状況から、対外的な研修の実施よりも内部向けの研修が最重要であるという認識に至った。相談担当者が孤立しないように、同僚や他の課に研修を通じて理解してもらうような場が必要であり、そのために、初任者研修、ブラッシュアップ研修などの基礎研修をセンター内で伝達講習するなどして、相談員同士、センター内で相談員への理解と協力を得られるような工夫が必要であることが分かった。

②相談員確保、人材育成の課題

どの支援センターも適正ある相談員の育成と確保に困難を感じており、地域で医療相談に対応できる人材育成ができる仕組みを求める声もあった。支援センターは知識、技術、態度の観点から適正がある相談員を求めているが、相談員のあるべき姿と現状に乖離が見られ、その乖離を埋めていくような研修が必要である。具体的には「行政の相談員であるという自覚（行政マインドの獲得）、法律の解釈等を進んで勉強する姿勢、中立の立場の理解、相談スキルの習得」が期待する相談員像であり、そういう相談員であれば、住民ニーズに応えられるだろうと思っている。住民の相談窓口へのニーズについては「自分の要望をきいてくれる」「不安を解消してくれる」「医療に詳しい人がいる」「何度も相談する時、できれば同じ人相談したい」「医療機関ではなく住民の味方になってくれる」「話を聞いてくれるだけだったら意味がない」と想定している。

一方で、相談員の現状は、看護職に対しては、「対応に偏りがあるがそれに気が付かない」、「感情が出やすい」、「同じ相談でも人によって方向性が違う」、「法律を知らない」、「相談に対するスキルが低いのに、経験があるがゆえに自ら学ぶ姿勢がない」。薬剤師については「薬のことは詳しいが医療全体は詳しくない」、医師については「話が難しすぎる」、事務職は「医療用語がわからない」、「医療現場をイメージできない」など多くの課題があり、単に医療資格を持っていれば相談ができるということでもないことが分かる。しかし、事務職では相談員の負担が大きいことも指摘されている。こういったことを解決できる研修を望んでいる。また、相談員のモチベーションをあげるための取り組みも必要で「課内や医療機関で相談事例を共有しフィードバックがもらえる環境」「研修等を利用したステップアップしている実感」「評価」「ストレス解消」「相談対応に必要な勉強をする「外とのネットワーク」などがキーワードとしてあがった。

③外部への研修実施の負担

医療機関への研修や住民啓発活動については、必

要性は実感しているが、対外研修は講師の確保、運営上の負荷があり、「実施したいができない」「余裕がない」自治体が多かった。実際に苦情相談をフィードバックするような研修の自主運営も興味があるが、現実的には外部の講師を招いての講演会や医師会、医療機関が行う医療安全研修への委託という形が多い。対外的な研修等として必要だと思っているのは、クレーム対応とメンタルヘルスの研修、対医療機関には接遇、患者の思い、初任者研修などの研修、対住民には出前講座の形で医療の賢いかかり方などが必要だと考えていた。

(2) 研修の全体像

支援センターの現状と課題をうけ、支援センターが運営していくにあたり必要な研修の構造を検討した。結果4つのカテゴリーにわけられた。

①ネットワークづくり

医療相談とは何か、行政だからできることは何かを関係者、地域と共有し、それぞれが自分の課題を自分で解決していく力をつけるような研修が含まれる。具体的には、支援センター内あるいは対外的な啓発活動、関係機関や医療機関との連携での事例検討などエンパメント型の研修が想定される。

②メンタルヘルス

相談員のメンタルヘルスの維持には、「相談員としての構え」や相談員としてのアイデンティティをもつことが重要である。またストレス解消等を含めた相談業務のマネジメントができるような研修が必要である。具体的には、個人ワーク、自己学習、ストレス解消のための工夫などが含まれる。

③知識習得

初任者、中堅者、上級者とレベル分けをした講義や演習、実技。今まで行われている研修がこれらにあたり、講義や演習の内容や方法を明確にしていくことも、研修の継続性の観点から必要である。

④インストラクション

対外的に行われる住民啓発研修や医療安全研修等、支援センターの担当者が提供できる支援センターも多くはないがある。そういった支援センターでは「教えるスキル」の希望が多い。絶対必要な研修ではないが経験を積んだ相談員が望んでいる研修でもある。

2. 視察とヒアリングの結果

(1) 住民啓発について

住民に対して「お医者さんの上手なかかり方」の出前講座を年間15回行っている支援センターにヒアリングをした。高齢者層を中心に20～50名程度の集団に対し実施している。医師とのコミュニケーションの取り方についての一般的な話だけでも参加者の反応はよく、学びもある。また、啓発活動は教

材さえあれば、相談員が相談の経験の蓄積によって出前講座で講師として自分の体験を話す機会にもなっている。これらは相談員の学習の場にもなり、かつモチベーションにもつながっていた。内容については医療制度の理解や自分自身の受療行動の改善に結びつくような参加型の教材が求められていた。

(2) 医療機関との連携について

医療機関との情報共有の場を作りたい支援センターの目的は「相談情報を当該病院に提供しても、再び同じような内容の相談が寄せられることが多いため、医療機関が支援センターからの情報をどのように活用しているのか知りたい」ということであった。情報共有の方法は「支援センター（主催者）も参加するグループワーク形式がいいと考えるが、課題は担当者の負担が増えることと課内の理解と協力を得ること」だという。苦情相談の対応をしている担当者と同じ課内ではあってもあまり相談に関与しない人との間には乖離がある。また、それぞれの業務に多忙であり、相談業務の内容がどこまで共有されているのか明確になっていないことすらある。この状態では、情報共有の場を設定することが難しいということがわかった。研修を参加型にするのであれば相談員一人が企画をしても研修は成立しない。他の仕事を抱えている課内において、負担を増やしても参加型の情報共有の場をつくる必要があるのかの問題意識を共有し、協力をどこまで得られるかの話し合いが先に必要であるということが分かった。

D 考察

1. 研修ニーズと実際の乖離

相談員への研修の充実が一番切実であることがわかった。研修の全体像のカテゴリーでいえば、②メンタルヘルス、③知識である。現状を見る限り、初任者研修やブラッシュアップ研修では、380か所の支援センターの職員研修には質、量ともに十分ではないようである。初任者研修やブラッシュアップ研修の実施回数や方法を検証し、参加しやすく、相談員に必要な要素を効率よく提供できる研修にしていく必要がある。相談員育成に時間をさけないところも多く、なるべく短時間で相談対応が可能になるような研修から、相談経験の違いや基礎職種の違いなどに応じた個別のニーズに応える研修などが求められている。一方で経験を積んだ相談員は、自己の相談を振り返ったり、対外的な研修で相談事例をつかった啓発活動をしたいというニーズを持っている。研修の全体像でいえば、①ネットワークづくり、④インストラクションスキルである。①ネットワークづくりは特に支援センターの役割理解、相談員の役

割意識にも密接にかかわるため相談員研修としても重要な研修である。しかし、支援センターで相談員自身が研修運営に主体的に参加するには課題も多い³⁾。こういった課題を解決していくには、支援センターだけで企画するのではなく、広く医療にかかる相談員とのネットワークづくりや人材育成につなげていくなどを検討する方法もあると思われる。地域の相談支援に関わる相談員の人材育成は今後ますます必要性が高まる。相談員に必要な要素は共通することも多いため、地域で相談員育成やネットワークづくりを行うことができれば人的資源が有効に活かされ、キャリアパスなどの可能性もできてくる。茨城県医療安全支援センターなどでは、医療安全研修の企画運用を通じて、医療相談員のネットワークづくりを検討している。本研究報告書に参考資料として寄稿して頂いた。

2. 運営上の課題

支援センターの運営に必要な支援として研修を企画運営していく際の課題は、OBOGの活用と受講者の評価である。相談員に必要な定式化された研修を頻度多く、参加しやすい形で提供していくには、相談員に必要な知識、技術をカリキュラム化して提供していくことであり、そこにOBOGや医療相談経験者の協力を得ることである。こういった研修の提供は、がん相談支援センターにいる相談員¹⁾や国民生活センター²⁾でも行われている。上記は専門性が高い分、外部の講師による研修もあるが、経験者が講師となって研修を提供していくスタイルも併用している。医療にかかわる苦情相談は、相談員の専門性を高めて対応していく方向ではなく、専門家にならなければならないが、基本的には傾聴にて対応することが最も重要で、誰もができていいものである。そのため、OGOBの経験を研修に活かしていく方法を模索していくことが求められている。

OGOBのインストラクションスキルを向上させる場としては、内部研修や地域にある対外的な研修の企画運営など多くあり、その運営にあたっては、支援センターの負担が大きいため、研修運営の個別支援や汎用性の高いコンテンツの提供を通じて実現できるように支援していくことが必要である。

E 結論

支援センターの運営のためには研修は必須である。特に、相談員への研修カリキュラムを発展継続していくことが重要である。一方、対外的な啓発活動の実施率を上げるためには、研修運営の個別支援や汎用性の高いコンテンツの提供が必要である。

F 健康危険情報

なし

H 知的所有権の取得状況

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 水木麻衣子, 松浦知子, 瀬川玲子, 長川真治, 小川祥子, 児玉安司. 「相談支援に関する研修資料作成の取り組み」第10回医療の質安全学会. 2015年11月.

参考文献

- 1) 国立がん研究センターにおけるがん相談支援センター相談員の育成に関する教育・研修プログラム提供方針 2015年4月.
- 2) 消費生活年報 2015. 独立行政法人国民生活センター編.2015.
- 3) 医療安全支援センター運営の現状に関する調査報告書. 医療安全支援センター総合支援事業 Annual report2015.

平成27年度医療安全支援センター運営調査 メンタルヘルス対策, 医療機関への研修, 住民啓発の実施の有無について

n=474	メンタルヘルス対策	医療機関研修	住民啓発
あり	88	129	38
なし	302	265	355

【医療安全支援センターで行っているメンタルヘルス対策】

- ・通常の健康相談で対応
- ・センター業務従事者間でのピアカウンセリングの実施
- ・必要に応じ職場内医師も参加する困難事例の検討会の開催
- ・相談員研修のメニューに入れている
- ・相談終了後, 各事例についてカンファレンスを行っている. 組織対応としているため, 相談員の精神的負担の軽減に努めている.
- ・相談員2名が守秘義務の範囲内で, 日常的に情報共有し, 互いの状況を確認しあうことで問題案件の抱え込みを防止している.
- ・相談職員が報告・連絡・相談ができる体制を確保している. 相談対応困難事例については, 速やかな情報共有を図り, 組織対応を行う.
- ・相談を受けた者に対して, 改めて話を聞き, 職場内で気持ちの整理ができるようにしている. (職場外まで持ち帰らないようにさせるため)
- ・相談対応後にその事例について話してもらい, 対応時の妥当性について確認するとともに情報の共有を図っている. また, 1人で抱え込まないようにストレスが伴う対応については分担することもある. 来所時は原則として複数人で対応するようにしている.
- ・対応に苦慮した事例は, その場で協議等を行うなどして, 相談員を受けた相談員一人で抱え込まないようにしている. また毎朝, 前日のすべてのケースについてミーティングを行い, 情報を共有している.
- ・対応困難事例や長時間の相談の場合は, 一旦電話を切り, 職員間で対応を協議したり, 事案によっては上司が対応. その他の相談についても, 対応後は記録作成前に職員間で情報を共有し, 個人で問題を抱え込まないように組織として対応し, ストレスの軽減を図っている.
- ・研修への参加, 相談事例検討会, 相談担当者打合せ会, 随時の情報交換
- ・相談の情報を職場内で共有する. 困難な事例は上司や他職員に相談し, ひとりで抱え込む事がないようにする.
- ・メンタルヘルス(ストレス)相談が県で定期的開催され, 希望者は相談できる体制がとれている.
- ・対応困難事例について複数の職員で対応したり, 長時間の電話対応終了後などに話を聞くなどストレスを分散するよう努めている. 職場のメンタルヘルス研修を受講している.
- ・相談員同士で情報共有や話し合い等をしてメンタルヘルスを保つよう努めている.

- ・希望すれば、毎月1回の産業医による健康相談を受けることが可能
- ・相談事例を組織内で共有している。専任相談員は週の中日に週休日を設定しリフレッシュを図っている。
- ・相談終了後、必ず相談員間で相談内容を報告し合い、負担の軽減に努めている。
センター担当職員が、相談終了後、相談内容の確認を行い、対応困難な相談を受けた相談員の気持ちを整理する時間を作る。

【医療安全支援センターで行っている医療従事者向け研修】

- ・年に一度、外部から講師を招く等して、研修会を実施している。
- ・医師会、病院協会に委託
- ・年に1回「病院・施設における感染症対策について」実施
- ・病院事務長向けに医事紛争解決に向けた医療コンフリクトマネジメントの研修を県と共催で実施。
- ・年に1度、医療機関向けに医療安全に関する講習会を実施。相談窓口寄せられた事例など情報提供している。
- ・医療機関からの申し出に応じて出前講座形式で実施
- ・市内各医療機関で相談業務を行っている方々を対象に年1回研修会を行っている。
- ・県病院協会に委託し、医療従事者を対象に年4回の研修会を実施。
- ・年1回、医療安全推進研修会（講演とパネルディスカッション）
- ・医療相談窓口担当者講習会（年1回）を開催
- ・医療安全推進講習会（年1回）：対象は病院管理者、医療安全推進担当者
- ・病院管理講習会（年1回）、患者相談窓口担当者講習会（年1回）：対象は病院管理者、患者相談窓口担当者等
- ・市内29病院、及び医療関係団体の医療従事者を対象に医療コミュニケーション研修会を開催している。開催を希望する者が、参加者の募集や会場の手配を行い、センターが講師の斡旋や謝礼を担当している。
- ・医療安全週間において、有識者による講演会を実施
- ・リスクマネージャー意見交換会を開催している。
- ・講演会認知症対応、転倒予防、危機管理
- ・医療安全管理研修会（1回）、管理者のための医療コンフリクト・マネジメント研修（2回）、医療対話推進者フォローアップ研修（3回）
- ・年1回、医療安全研修会を講演会方式で開催している。
- ・年1回、リスクマネージャー資質向上研修会において、管内医療従事者によるグループ討議等による研修を実施
- ・医療安全支援センターの事例検討会について、年1回市と共催で開催している。
- ・医療安全推進担当者向け研修（RCA 概要の理解と演習 3日コース）、患者相談窓口担当者向け研修（援助の基本とストレスケア 2日コース）

【医療安全支援センターで行っている住民啓発活動】

- ・年に数回、当センターに寄せられた相談事例などを紹介しながら、医療機関とのコミュニケーションを考える場としての出前講座を開催している。（H26年度は9回実施）
- ・26年度は5回。医療に関する知識、医師とのコミュニケーションについて町内会や老人会の単位で依頼に応じて対応。職員が地域へ出向いて話をする。
- ・市で実施している出前講座に「上手なお医者さんのかかりかた」を登録し依頼を受付ける。講義形式で実施。頻度は月1回程度。
- ・「賢い患者になるために」のテーマで出前講座を年2～3回程度実施。夜間・休日に突然具合が悪くなった時の連絡先や上手な医者のかかり方について講義。
- ・老人大学での出前講座・住民啓発講座（4回）
- ・講演会『医師と上手に話すコツ』を開催
- ・医療の制度や受診時の留意点等について全県を対象とした地域住民向けの啓発研修を実施している。
- ・出前講座の開催（年3回程度開催）
- ・適正な医療利用、患者と医療者とのコミュニケーション等をテーマに年1回開催
- ・かしこい患者講座（上手な医療の受け方1回）地域の依頼により職員による「かしこい患者講座」を実施

(現場の報告)

— 医療安全研修会を開催して —

小林 雅枝 江寺 隆広 茨城県保健福祉部厚生総務課

研究要旨

本県では、茨城県医療安全相談センターを平成15年に設置以来、平成16年度から毎年1回医療機関従事者を対象に茨城県医療安全研修会を開催している。

今回は、開催時期、医療安全相談センターの紹介と医療機関への情報提供、診療所や中規模の病院向けの内容などについて検討することを目的に、例年と違った手法で開催することとした。

また、研修内容の企画や講師の選定等においては、当初から関係団体と連携して進めることができた。

A 研究目的

本県では、茨城県医療安全相談センターを平成15年に設置以来、平成16年度から毎年1回医療機関従事者を対象に医療安全研修会を開催している。

当初は、県単独開催であったが、回を重ねるたびに、看護協会や薬剤師会等関係団体の共催・後援などの協力を得られるようになった。

内容については、院内感染対策と医療安全のテーマを交互に取り上げ、講演形式、シンポジウム形式、実技を取り入れるなど、参加者のニーズに沿うよう工夫してきたところである。

今回は、開催時期、医療安全相談センターの紹介と医療機関への情報提供、医療事故調査制度の普及啓発、診療所や中規模の病院向けの内容などについて検討することを目的に、例年と違った手法で開催することとした。

B 研究方法（倫理面への配慮）

(1) 開催時期の検討

例年2月初旬に開催してきたが、インフルエンザや花粉症などの多い時期と重なり、なかなか出席できないという意見があったことから、医療安全週間や医療事故調査制度スタートの時期でもある11月開催を目指すこととした。

(2) 医療安全相談センターからの情報提供

当該センターが受けている相談の内容から、医療機関への情報提供が必要であると感じており、その1つの機会として、研修会での事例発表を検討した。

(3) テーマ及び内容の検討

当該研修会は、今年度で12回を数え、医療安全が義務ではなく、医療機関内の文化として醸成していく時期ではないかということから、テーマを検討することとなった。

(4) 対象者への提供内容の検討

対象は、県内全域の医療機関であることから、午前中を主に診療所向けに、午後に病院向けになるよう構成した。

また昨年のアンケート結果から、病院の取組について聞きたいとの意見を踏まえ、医療安全の取組について事例発表を行うこととし、パネルディスカッション形式を取り入れ基調講演に医療安全の専門家（国立大学法人筑波大学教授）を招くこととなった。

さらに、医療事故調査制度については様々な機会をとらえて啓発する必要があることから、主に診療所向けとして午前中に行うこととした。

(5) 関係団体との連携

医療事故調査制度に関する情報提供については医師会と連携し、医療安全の取組事例については看護協会と連携して進めることになった。

また、本県では前述の2団体と歯科医師会、薬剤師会の4師会が災害や在宅医療などの事業で連携していることから、歯科医師会、薬剤師会の協力（後援）も得られ、会員への案内等積極的に関わって頂いた。

C 研究結果

(1) 企画内容

①日時 平成27年11月15日（日）

10時～16時

②場所 茨城県民文化センター大ホール

③内容

【第1部】

・医療事故調査制度について

（茨城県医師会）

・クレームを減らす工夫—医療相談の事例から—

（茨城県医療安全相談センター）

【第2部】

・講演 組織的な医療安全の取組

—インシデントや医療事故に立ち向かう医療機関の態勢—

(国立大学法人筑波大学教授)

・パネルディスカッション

安全文化の醸成に向けて

(先進的な医療安全の取組をしている医療機関の医療安全管理者3名及び医薬品安全管理責任者1名、コメンテーター 医療機関管理者2名(うちビデオレター1名)、座長 保健所長)

(2) 結果

①参加者 423人

②アンケート回収 357人 (86.8%)

③第1部のクレームを減らす工夫のコーナーでは、医療安全相談センターの2人の相談員からそれぞれ医療相談事例を発表し、医療機関へのお願ひ事も含めて情報提供した。(図1)

④第2部の基調講演者からテーマに沿ったシンポジウムにするために、パネリストにはコメディカル、コメンテーターには病院管理者の要望があった。結果としてパネリストには看護師である医療安全管理者3名と薬剤師である医薬品安全管理責任者1名を、コメンテーターには病院管理者2名をお願いした。

(3) アンケート調査結果等

①出席者の内訳は、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、事務職、その他コメディカル

(53.4%が看護職)

②参加者の勤務先は、病院 61.6%、有床診療所 10.9%、無床診療所 19.3%、その他

③研修内容に関する感想ではどのコーナーも、「大変参考になった」と「参考になった」を合わせると9割以上であった。

D 考察

(1) 開催時期・方法等

時期については、2月から11月へ移動したことにより、周知しきれなかった医療機関から、後日、問い合わせが入ったケースはあったものの、特に異論はでなかった。

研修スケジュールは、調整した結果、午前中に診療所・病院向け、午後に病院向けという構成になった。病院向けの開催時間が1日となったので、アンケートでは半日がよいという意見が多かった。

対象者を分けて、半日ずつの開催も検討していきたい。

(2) 医療安全相談センターからの情報提供

アンケートには、事例をもっと紹介してほしいと

いう要望や県内での事例検討会があれば、もっと力量があがるのではないかとの意見もあり、相談対応している医療従事者等のニーズがあることがわかった。

(3) 関係団体との連携

研修会のテーマに沿った講師の選定や依頼について、医師会、看護協会、病院薬剤師会の協力が得られ、円滑に進めることができた。

E 結論

安全文化の醸成に向けてというテーマで、取り組んだ医療安全研修会であった。初めての取組が多かったが、特に、医療安全相談センターの紹介及び事例発表を行ったことで、電話相談中心の相談員の「顔が見える」という目的も達成することができた。今後も、様々な機会を活用し、事例紹介や医療機関へのお願ひ等を行い、当該センターの役割について普及していきたい。

また、研修会では、テーマに沿ったシンポジウムの計画を実行するために、関係団体から協力が得られたことが何よりの成果であり、相談対応と医療安全の取組について、さらなる連携を図りネットワークを構築していきたい。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

(1) 論文発表

なし

(2) 学会発表

なし

H 知的所有権の取得状況

なし

図1 研修会パワーポイント最後の1枚

まとめ

(クレームを減らす工夫)

- 患者さん、医師共にコミュニケーションをとれるような努力も必要。
コミュニケーションが良くなれば、信頼関係もできてくるのでは。
- 相談の内容によっては、医療機関の皆様へ電話で、ご相談することがあります。
- 医療機関の皆様には、患者さんの立場に立った対応をお願いします。

相談専用電話 〇〇〇—〇〇〇〇



医療安全支援センターの業務及び運営の改善のための研究

— 保健所設置市型医療安全支援センターにおける相談苦情件数と活動状況データとの相関 —

研究協力者 長川 真治 東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学

研究要旨

【目的】平成14年の医療法施行規則により各自治体が設置運営を進めてきた医療安全支援センター（以下、センター）は現在、全都道府県及び大多数の保健所設置市に計380カ所設置されている。その中でも都道府県では都道府県センターと2次医療圏センターの二重構造になっているが、保健所設置市では保健所内の1カ所のセンターが当該市内全域を対応しており、受けた相談がダイレクトに医療機関への助言や指導に反映される組織構造になっている。更にこうした事情によりセンター側が各医療機関の状況にも精通している傾向がある。今回このような特徴を有する保健所設置市型のセンターを対象とし、「平成26年度医療安全支援センターの運営の現状に関する調査報告書」（以下運営調査報告）の相談苦情件数に関するデータと、当該センターの活動状況に関するデータを分析し、センターの活動が苦情相談に与える特徴を抽出した。

【方法】国内保健所設置市71市の中で医療安全支援センターを設置している60市を対象とした。相談苦情件数に関しては運営調査報告の数値を用い、人口等の地域保健データに関してはWeb上で公表されている最新のもの（平成21～25年）を用いた。

【結果】相談苦情の内相談件数の割合が多いセンターでは、相談事例集が準備され、医療者や地域住民に対する研修が実施されている傾向を認めた。

【考察】各支援センターの相談者対応に関連する準備や政策が、相談者の相談へのハードルを変えている可能性がある。

A 研究目的

平成18年6月の第5次医療法改正による同法6条の11の設置努力義務規定に基づいて全都道府県及び保健所を設置する多くの市及び特別区に医療安全支援センターが設置されるようになった。現在、全国のセンターの数は、都道府県設置が47センター、保健所設置市区が61センター、2次医療圏が272カ所の計380カ所である。（平成26年12月）それらのセンターの役割としては、相談窓口を設置しての苦情相談対応、関係する機会団体との連絡調整、医療安全の確保に関する情報の収集及び提供等がある。

しかし、各都道府県間や各設置市区間の支援センターでの実際の活動状況については、都道府県や市区の規模や医療安全に対する取り組みの温度差もあることから区々なのが現状である。

今回我々は各種のデータが入手可能な設置市区に注目し、各市区での医療安全の取組みが苦情・相談にどのような影響を与えているかを分析しようと考え、その苦情相談の実件数と各支援センターの活動状況の相関を試みた。

B 研究方法

対象とした市区は、20の全政令指定市、44中核市の内で医療安全支援センターを設置済みの36市、更に保健所設置市8市中で設置済みの4市、東京特別区23区内唯一の設置区の杉並区、計61市区である。

その市区の医療安全支援センターの活動状況と、センターへの（苦情・相談）件数を比較検討した。更に市区の規模が活動にどのような影響を与えているかを考慮する為に、活動状況と市区人口の相関も検討した。

利用したデータは平成26年度「医療安全支援センターの運営の現状に関する調査報告書」からは（苦情・相談）件数及び各支援センターの活動状況等のデータを、更に各市区のホームページからは住民人口（平成25～27年度）を入手して比較検討の基礎とした。

データ解析には統計ソフト JMP Pro11を用い、住民人口、（苦情・相談）件数に対し、各医療安全支援センターの活動状況データを基にして、各項目の有

無でカテゴリーを分け、その平均値の有意差を student-t test ($p < 0.05$) で検定した。

C 研究結果

61市区の苦情相談件数と各センターの活動状況の詳細は〔表1〕に示した通りである。

各種活動等の実施の有無と市区人口数の相関では、専用電話の有無、医療安全推進協議会の有無、そして相談対応マニュアルの有無が市区人口数に相関していることが分かった。〔図1〕

この点は苦情件数でも同じであり、上記の3施策の有無が苦情件数の数と有意に相関していた。同様のことは相談件数でも見られた〔図2〕が、相談件数ではそれ以外にも相談事例集の有無と医療従事者向け研修の有無、そして地域住民向け啓発研修の有無が有意に相関していた。〔図3〕

D 考察

今回我々は「医療安全支援センターの運営の現状に関する調査」を元にし、更に公開されている統計情報を利用して分析を実施した。昨年我々は地域保健データと相談苦情の相関を報告したが、それ以前にはこのような観点での報告は渉猟し得なかった。

今回は昨年限界としてあげた各支援センターの活動状況を説明変数にして検討したが、結果からは支援センターの活動の中で相談業務に関してのみは、事例集を作成している、あるいは医療従事者及び地域住民に研修を実施しているセンターでは相談件数が有意に多いことが分かった。しかし、あくまで相関関係であるから、この活動が相談件数増加の原因となったのか否かは分からない。少なくとも相談件数増加の予測因子になりうる可能性があるとは言える。

今後は相談件数に対して有意な差を認めた3つの活動の詳細を更に検討したいと考えている。

E 結論

相談件数の大小に対し、相談事例集の有無、医療従事者向け研修の有無、そして地域住民向け啓発研修の有無が都市の人口規模とは独立して有意に相関する因子である。

F 健康危険情報

特になし

G 研究発表

第10回医療の質・安全学会学術集会で、同趣旨のポスター発表を実施した。

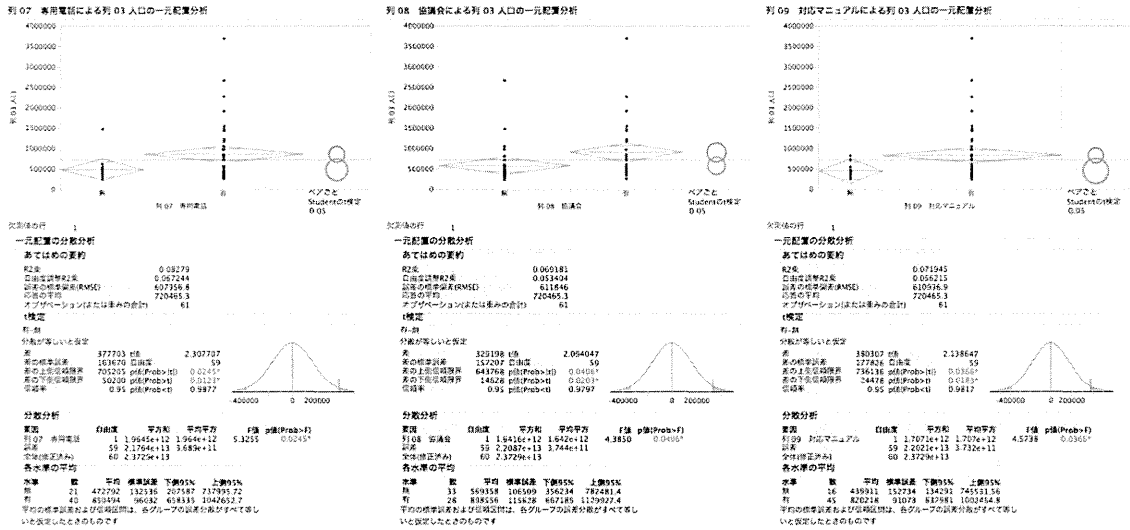
H 知的所有権の取得状況

なし

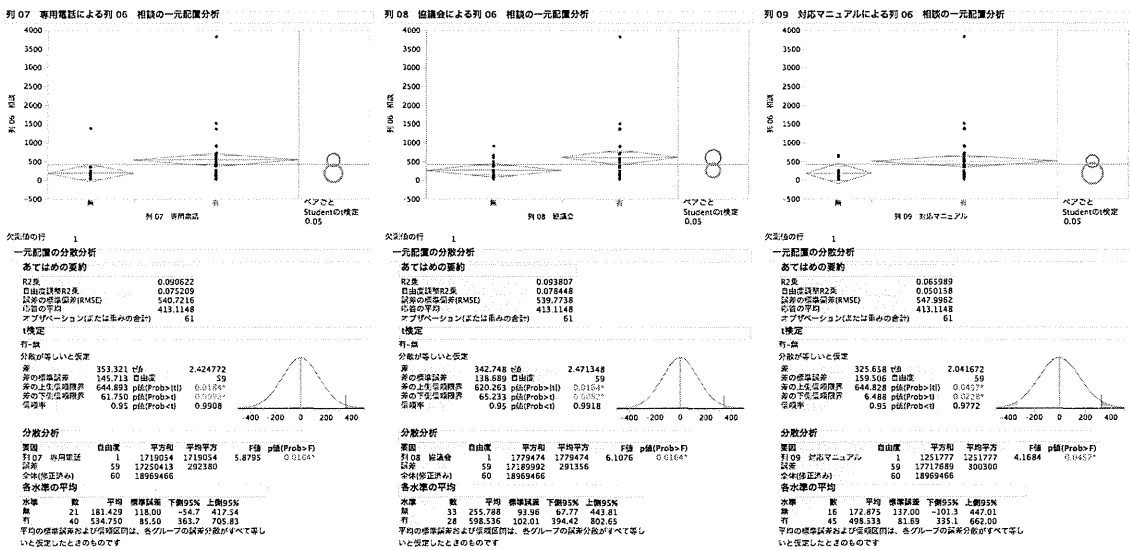
【表 1】

自治体名	人口(人)	苦情件数	相談件数	専用電話	協議会の設置状況	相談対応マニュアル	相談受付票	相談事例集作成	新任担当者に対する勉強会	医療従事者向け研修会	地域住民向け研修会
札幌市	1,913,545	1082	555	有	有	有	有	有	有	有	有
函館市	279,127	123	39	有	無	有	有	無	無	無	無
旭川市	347,095	75	129	無	有	有	有	無	無	有	無
青森市	299,520	25	58	無	無	有	有	無	無	無	無
盛岡市	298,348	70	75	有	無	有	有	無	無	無	無
仙台市	1,045,986	234	656	有	無	有	有	無	無	有	無
秋田市	323,600	42	101	有	無	有	有	有	無	有	無
岩手市	338,712	103	144	有	有	有	無	有	無	無	有
いわき市	342,249	94	126	有	有	無	有	有	無	有	有
宇都宮市	511,739	65	487	有	無	有	有	有	無	無	無
さいたま市	1,222,434	474	1502	有	有	有	有	有	無	有	無
川崎市	342,670	96	122	無	無	無	有	無	有	無	無
千葉市	961,749	277	713	有	有	有	有	有	有	有	無
松橋市	609,040	256	332	無	有	有	有	有	無	有	無
柏市	404,012	137	131	有	無	無	有	無	有	無	無
杉並区	553,189	247	380	有	有	有	有	無	有	無	無
江戸子市	562,781	140	612	有	無	有	有	無	有	有	有
横浜市	3,688,773	1230	3913	有	有	有	有	有	有	有	有
川崎市	1,425,512	334	115	有	有	有	有	無	無	有	無
横浜須賀町	418,325	138	617	有	無	無	有	無	無	有	無
相模原市	717,544	432	896	有	無	有	有	有	有	有	有
鎌倉市	422,456	160	237	有	無	無	有	有	無	無	無
新潟市	811,901	172	251	有	無	無	有	無	無	有	無
富山市	421,953	56	125	無	無	無	有	無	無	無	無
金沢市	462,361	49	23	有	有	無	有	無	有	無	無
長野市	381,511	231	415	有	無	有	有	有	無	有	無
静岡市	716,197	113	583	有	有	有	有	有	有	有	有
浜松市	800,866	204	902	有	有	有	有	有	有	有	有
名古屋市	2,263,894	690	888	有	有	有	有	無	無	無	無
豊橋市	376,665	91	19	無	無	無	有	無	有	有	有
豊川市	421,487	90	183	有	無	有	有	有	無	無	有
岡崎市	372,357	149	614	有	無	有	有	有	無	無	有
京都府	1,474,015	435	200	有	無	有	有	有	無	無	無
大阪府	2,665,314	1326	565	有	無	有	有	無	有	無	無
堺市	841,966	478	469	有	有	有	有	有	有	有	無
東大阪市	509,533	281	353	無	無	有	有	有	有	有	無
豊中市	397,337	182	87	無	有	有	有	有	有	無	有
高槻市	357,359	194	239	無	有	有	有	有	有	無	無
神戸市	1,544,200	1198	532	有	有	有	有	有	無	有	有
姫路市	536,270	99	54	無	有	無	有	無	無	無	無
尼崎市	445,881	290	185	有	有	無	有	無	無	無	無
西宮市	482,640	143	238	無	有	有	有	無	無	有	無
奈良市	366,591	67	13	無	無	無	有	無	無	有	無
岡山市	709,584	219	97	有	無	無	有	無	無	無	無
倉敷市	475,513	126	118	無	無	有	有	無	無	無	無
広島市	1,173,843	490	532	有	有	有	有	無	無	有	無
福山市	461,357	101	47	無	無	有	有	有	無	無	無
呉市	233,685	19	11	無	無	有	有	有	無	無	無
下関市	280,947	92	649	有	無	無	有	有	無	無	有
高松市	419,429	110	52	無	有	有	有	無	無	有	無
松山市	517,231	258	691	有	有	有	有	有	有	有	有
高知市	343,393	174	382	有	有	有	有	有	有	有	無
福岡府	1,463,743	654	1366	無	有	有	有	有	有	有	無
北九州市	976,846	517	372	有	無	有	有	有	有	有	無
大分市	302,402	88	57	無	無	有	無	有	有	無	無
長崎市	443,786	37	10	有	無	無	有	無	有	無	無
佐世保市	252,946	98	108	有	有	無	有	無	有	有	無
熊本府	734,474	499	1349	有	有	有	有	有	無	有	無
大分市	474,094	18	109	無	無	有	有	無	無	無	無
宮崎市	400,583	315	359	有	有	有	有	有	有	有	無
鹿児島市	605,846	18	96	無	無	有	有	無	無	有	無

【図1】

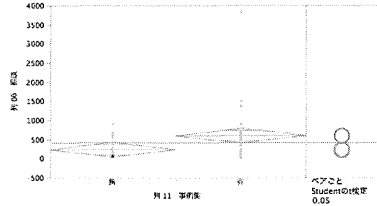


【図2】



【図3】

列11 事例集による列06 相関の一元配置分析



分散分析の行 1

一元配置の分散分析

あてはめの要約

R2	0.106947
回帰係数R2	0.09181
誤差の標準偏差(RMSE)	535.8464
回帰の平均	413.1148
オブザベーション(または乱みの合計)	61

t検定

行-値

分散が等しいと仮定

差	364.783	std	2.658096
差の標準偏差	137.235	自由度	59
差の上側信頼限界	639.319	p値(Prob> t)	0.01014
差の下側信頼限界	90.177	p値(Prob>0)	0.00507
信頼率	0.95	p値(Prob<0)	0.99493

分散分析

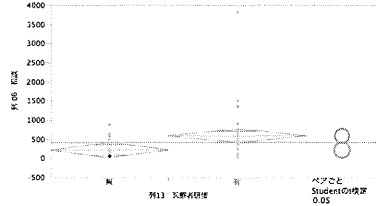
要因	自由度	平方和	平均平方	F値	p値(Prob>F)
列11 事例集	1	2028719	2028719	7.0655	0.01014
誤差	59	18969466	287131		
全体(修正済み)	60	18969466			

各水準の平均

水準	数	平均	標準偏差	下側95%	上側95%
無	30	227.733	97.832	31.97	423.49
有	31	592.516	96.241	399.94	785.09

平均の標準偏差がより正確な値は、各グループの標準偏差がすべて等しいと仮定したときのものです

列13 医療者研修による列06 相関の一元配置分析



分散分析の行 1

一元配置の分散分析

あてはめの要約

R2	0.109772
回帰係数R2	0.094663
誤差の標準偏差(RMSE)	534.9981
回帰の平均	413.1148
オブザベーション(または乱みの合計)	61

t検定

行-値

分散が等しいと仮定

差	370.767	std	2.697244
差の標準偏差	137.462	自由度	59
差の上側信頼限界	645.327	p値(Prob> t)	0.00914
差の下側信頼限界	95.707	p値(Prob>0)	0.00457
信頼率	0.95	p値(Prob<0)	0.99543

分散分析

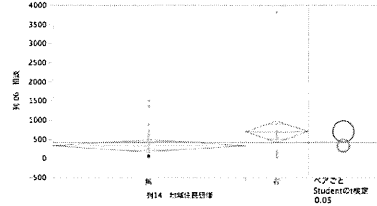
要因	自由度	平方和	平均平方	F値	p値(Prob>F)
列13 医療者研修	1	2082308	2082308	7.2751	0.00914
誤差	59	18887158	286223		
全体(修正済み)	60	18969466			

各水準の平均

水準	数	平均	標準偏差	下側95%	上側95%
無	28	212.536	101.11	10.22	414.85
有	33	583.303	93.13	396.95	769.66

平均の標準偏差がより正確な値は、各グループの標準偏差がすべて等しいと仮定したときのものです

列14 地域住民研修による列06 相関の一元配置分析



分散分析の行 1

一元配置の分散分析

あてはめの要約

R2	0.082334
回帰係数R2	0.066984
誤差の標準偏差(RMSE)	543.1208
回帰の平均	413.1148
オブザベーション(または乱みの合計)	61

t検定

行-値

分散が等しいと仮定

差	372.036	std	2.303819
差の標準偏差	161.487	自由度	59
差の上側信頼限界	696.170	p値(Prob> t)	0.03484
差の下側信頼限界	48.302	p値(Prob>0)	0.01742
信頼率	0.95	p値(Prob<0)	0.98258

分散分析

要因	自由度	平方和	平均平方	F値	p値(Prob>F)
列14 地域住民研修	1	1565632	1565632	5.3076	0.02484
誤差	59	17403834	294980		
全体(修正済み)	60	18969466			

各水準の平均

水準	数	平均	標準偏差	下側95%	上側95%
無	46	321.630	80.08	161.39	481.87
有	15	693.667	140.23	413.06	974.27

平均の標準偏差がより正確な値は、各グループの標準偏差がすべて等しいと仮定したときのものです

医療安全支援センターの業務及び運営の改善のための研究

— 医療機関へのフィードバックを促す医療相談事例集の作製と効果 —

研究協力者 三宅 創 電気通信大学大学院情報システム学研究科

研究要旨

医療安全支援センターは医療安全施策の普及・啓発という役割があるが、全ての地域で実施できていないわけではない。個別の相談対応から、再発防止や未然防止に繋げるために、本研究では利用者がフィードバック (FB) を促すことを目的とした新たな事例集を作製した。事例集の作製には 3 回の改訂を繰り返し、最終案が完成した。FB を促す項目と共に、医療機関での利用が普及している SBAR を取り入れた項目等、使いやすさや、分かりやすさについても考慮した。

A 研究目的

本研究の目的は以下の 3 点である。

- (1) 利用者である相談員と医療関係者が読みやすく、使いやすい事例集の形式にする。
- (2) 相談事例から相談対応を学ぶだけでなく、そこから自主的な FB を促す。
- (3) 質が高く、利用する価値のある事例を選別し、それを常に更新できる仕組みを提案する。

B 研究方法

本研究では事例集を 3 回改訂し、作成、検証、追加修正を段階的にすることで完成度を高める。

(1) 事例集案 I

新事例集に必要な項目を検討するための土台とする。また、全国の相談員 10 名を対象に事例集案 I の使用所感調査を実施。

(2) 事例集案 II

事例集案 I から得た知見を基に、項目とレイアウトを見直す。そして、事例内容を加筆修正し不足している項目を補う。また、全国の医療関係者 25 名を対象に事例集案 II の使用所感調査を実施。

(3) 事例集案 III

事例集案 III では新事例集のテンプレートを確立させる。特に FB を促す項目について重点的に作製する。相談員 10 名、医療関係者 10 名、有識者 5 名に事例集案 III の使用所感と有効性の評価についての調査を実施。

(4) 新事例集

最終的に全国のセンターへ配布するための完成版を作製する。

C 研究結果

(1) 事例集案 I

事例は全国のセンター、医療機関が発行している事例集を基に収集。「どの地域でも起こりうる」、「FB の価値がある」の 2 点を基準に精査。25 件の事例が抽出された。作製した事例集案 I の主な特色を以下に示す。

- FB の観点から事例を 5 種に分類。
- 先割りレイアウトの採用。
- メインとなる相談内容を「相談の経緯」、「センター対応」、にわけると。
- SBAR (エスバー) を踏襲した解説を追加。
- フォントと文字の大きさはユニバーサルデザインに準拠。

使用所感調査の結果、使用感は良好だが、内容に不十分な点があると指摘された。また、SBAR を利用した解説は理解が難しく、十分な効果が見込めないことから、事例集の項目を変更することや、合わせてレイアウトも変更していくことにした。

(2) 事例集案 II

事例集案 I からの主な変更点は以下。

- 各事例を「モデル事例」と「付録事例」に分類。
- 医療機関との連携を深めるために、SBAR に準じた流れの項目とレイアウトに変更。

医療関係者への使用所感調査は、21 名から回答を得た。各項目の評価は 5 点満点中ほとんどが 3 点代後半であった。また、SBAR の認識に関する調査も行い、約 3 分の 1 の人が利用したことがあると答えた。同時に新事例集に記載する FB 案 (FB の「内容」) を収集した。

このように、SBAR を利用した項目は内容の理解を助けるものであったが、SBAR 自体を知っている人が予想以上に少なかった。SBAR 知らない人でも理解できるようにするべきである。また、FB の「内容」を収集したが、それだけではFBは難しいと考えられた。「対象」と「手段」の情報を追加する必要がある。そして、モデル事例の採用により事例に優劣をつけることができた。優先的に読むべき事例を強調することで事例のパターン化や、学習の効率化が進むと考えられる。

(3) 事例集案Ⅲ

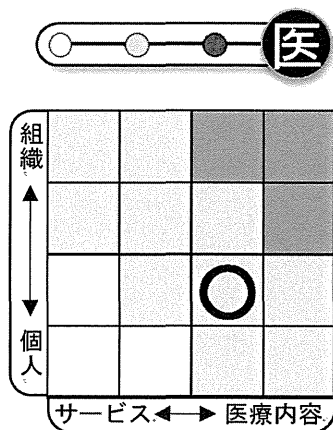
事例集案Ⅱからの主な変更点は以下。

- FB の対象と手段の指標として、事例毎に「限定FB」と「広域FB」に分類。
- FB を分類するための新たな分類指標として、「M-Map」と「原因バー」を考案。
- FB の内容を事例集案Ⅱのアンケート結果より作製。
- SBAR に関する項目名の変更。

表にFBの種類の違いによる対象と手段の関係を示す。これは、図下部に示すM-Mapによって導き出される。M-Mapはその事例の原因を示す表であり、横軸はノンテクニカルなサービスとテクニカルな医療内容を示し、縦軸は個人によるものなのか組織的なものによるものなのかを示す。図上部に原因バーを示す、原因バーは、その事例の原因が相談者側と医療機関側のどちらにあるのかを4段階で示すものである。両方とも見ることによって利用者が理由を考えることを促す目的がある。

表「FBの種類と対象&手段」

	対象	手段
限定FB	個人(医師)	直接連絡
広域FB	組織(病院)	書面、よびかけ



図「原因バーとM-Map」

例集案Ⅲの使用所感と有効性の評価についての調査の結果、相談員は8名、医療関係者は3名、医療安全の有識者は1名から回答を得た。医療安全支援センター総合支援事業が作製した「うまく解決したと思われる事例など参考事例集」と比較した使用所感調査の結果、全体的に事例集案Ⅲの方が良いとの回答であった。項目の評価は全体的には良好な結果であったが、M-Mapと原因バーに関しては、新規項目であり理解が難しいとの意見も多く、評価は他の項目と比較すると低くなった。各事例がFBの効果があるかの質問に関しては、相談員、医療関係者共に7点満点中6点前後となった。

FBの対象と手段を明らかにするためにM-Mapを考案したが、各事例を適切に分布することは困難であり、今後も検討が必要である。また、限定FBと広域FBに分類したものの、その分類どおりにFBを実行しても必ずしも成功するとは限らない。その点は実際にFBする際に注意する必要がある。

(4) 新事例集

事例集案Ⅲを用いての評価調査から必要な改善点を洗い出し、最終案として新事例集を作製した。

D 考察

- (1) 利用者の使用感向上については一定の評価を得た。1. 適切な文字の大きさとフォント。2. 見やすいレイアウト。3. 整理された情報。4. 適切な事例の数(項数)。の4点が重要であると考えられる。
- (2) FBを相談員が実行するのが困難な原因は、経験と習慣が無い、医療機関との連携不足の2点である。まずは、FBの重要性をセンターと医療機関が認識することから始めるべきである。新事例集はそのきっかけとして活用すべきである。
- (3) 更なる新事例集の発展としては、M-Mapの分類を網羅する事例の収集が必要である。それに伴い必要になる付録事例も収集し、事例を確定する必要がある。
- (4) 事例集の新たな活用方法として、紙事例集とウェブ事例集の併用が考えられる。紙事例集は教科書のように学習教材として利用し、ウェブ事例集は資料集としての活用を想定している。紙事例集は一定期間毎に事例とFB内容の見直が必要となる。これらはウェブ事例集の投稿機能を活用して収集する。また、多くの事例が収集でき、精査が進んだ後、一般市民にも公開し、医療安全の不信軽減にも活用できる。

E 結論

使用所感を満たしつつ、FB を促す仕組みを備えた新事例集のテンプレートを作製することができた。収録する事例は不足しているので拡充が必要となる。紙事例集とウェブ事例集の活用によって更なる利用の拡大を示唆した。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

三宅 創, 水木 麻衣子, 田中 健次, 児玉 安司:「医療機関へのフィードバックを促す医療相談事例集の作成を目指して」, 第 10 回医療の質・安全学会学術集会 (2015. 11).

H 知的所有権の取得状況

なし

